

Coding Patterns in Swiss Cantonal Cancer Registries (COPRA) A Retrospective Assessment

Epidemiologische Krebsregister sollen die bestmögliche Datenbasis für kantonale und nationale Statistiken liefern. Die interkantonale Datenvergleichbarkeit ist für eine Interpretation auf nationaler Ebene essentiell. Obschon die Krebsregister internationalen Standards zur Datenerhebung und -kodierung folgen, kann die Vergleichbarkeit bei multizentrisch erhobenen Daten erschwert sein. Die Krebsregister leiten ihre Daten zur gesamtschweizerischen Auswertung ans Nationale Institut für Krebsepidemiologie und –registrierung (NICER) weiter.

Projektziel

Dreizehn Schweizer Krebsregister werden auf Variationen in der Kodierung von acht Kernvariablen für fünf Tumorentitäten systematisch untersucht. Auch Variationen in Abhängigkeit von Alter und Jahr der Diagnosestellung werden untersucht. Selbst wenn Heterogenität bei der Kodierung beobachtet wird, sollte zumindest der Anteil der *unspezifischen Kodierung* (UK) gleich sein.

Methode

Daten: 71'679 Tumordiagnosen (2008-12) aus NICER-Datenbank (März 2015). NICER umfasste bis 2015 obligatorische Level-1 und freiwillige Level-2 Registerdaten.

Level-1-Variablen: Topographie, Morphologie, Diagnosebasis, Zeitpunkt der Diagnosestellung.

Level-2-Variablen: Tumornachweismethode, Tumordifferenzierungsgrad, Tumorstadium, Behandlungsdaten.

Tumorlokalisationen: Kolon/Rektum, Brust, Prostata, Harnblase, hämatologisches System.

Statistik: Kontingenztafeln und Chi-Quadrat-Statistiken, kontrolliert für Geschlecht, Alter, Diagnosejahr und sofern indiziert für Tumornachweismethode, kantonale Screening-Programme.

Resultate

Fälle von Patienten mit Alter 85+ sind eher unspezifisch kodiert. Der Altersgradient trifft für Topographie, Morphologie, Tumornachweismethode, Tumordifferenzierungsgrad und Tumorstadium bei Darm-, Brust-, Prostata- und Harnblasenkrebs auf. Während der Untersuchungsperiode sinkt die UK der Nachweismethode für alle Tumoren und der Topographie für Brust- und Harnblasenkrebs. Die Verteilung der Diagnosemonate nach Tumorentität variiert mässig und statistisch insignifikant zwischen den Registern. Die durchschnittlichen Behandlungszahlen/Fall reichen je nach Tumorentität von 0,2 bis 1,3. Der UK-Anteil der Topographie bei Harnblasenkrebs (8%-98%) und Brustkrebs (2%-57%) variiert deutlich zwischen den Registern, mit einem Gesamtanteil von 63%, respektive 24%. Der Gesamtanteil der UK der Morphologie ist bei allen Tumoren niedrig (2%-5%). Die UK-Spannweite zwischen den Registern variiert je nach Tumorentität von 4% bis 10%. Der Gesamtanteil der UK des Tumordifferenzierungsgrades ist bei allen Tumoren moderat (7%-20%). Die UK-Spannweite zwischen den Registern variiert je nach Tumorentität von 12% bis 65%.

Fazit

Die Unterschiede in der UK sind teilweise auf eine ungleiche Level-2-Datenverfügbarkeit und/oder ungleichen Datenquellenzugang zurückzuführen. Jedoch sind die Unterschiede bei Topographie und Tumornachweismethode für Darm-, Brust- und Harnblasenkrebs direkt auf die Kodierung in einzelnen Registern zurückzuführen. Dennoch lässt dies keinen Schluss auf eine grundsätzlich unterschiedliche Kodierung zwischen den Registern zu. Gegenwärtig unterscheidet sich der rechtliche Rahmen der Krebsregister. Ab 2018 wird das nationale Krebsregistrierungsgesetz die Registrierungsprozesse mit dem Ziel konsolidieren, dass vergleichbare Daten von hoher Qualität in allen Schweizer Krebsregistern erhoben werden.